

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเปรียบเทียบ (comparative descriptive research) เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และเพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้บริหาร แพทย์ และพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้า ตำรา เอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้ คือ

1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
2. การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ
3. การรับรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

กล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ป่วยโรคหัวใจทั้งหมด ซึ่งเกิดจากการขาดเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ สาเหตุที่พบบ่อยมักเกิดจากการตีบแคบหรือตีบตันของหลอดเลือดโคโรนารีที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เมตาบอลิซึม (metabolism) ของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจหยุดลงจนในที่สุดเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย การตีบตันของหลอดเลือดโคโรนารีมักเกิดกับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดโคโรนารีแข็งตัว (coronary atherosclerosis) เป็นผลจากการมีโคเลสเตอรอลจับพอกอยู่ที่ผนังหลอดเลือด หรือมีก้อนเลือด (thrombus) อุดอยู่ภายในหลอดเลือด ทำให้รูของหลอดเลือดตีบแคบลงจนอุดตัน นอกจากนี้ยังเกิดจากการหดเกร็งของหลอดเลือดโคโรนารีอีกด้วย (Carlson, 1990)

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการตีบตันหรือหดเกร็งของหลอดเลือดแดงโคโรนารี แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ คือ เพศ อายุ ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในครอบครัว ผู้ป่วยที่มีประวัติพ่อ แม่หรือพี่น้องสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือเสียชีวิตกระทันหันจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้มากกว่าผู้ที่ไม่มียประวัติ (Stahmer, 1999)

2. ปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมได้โดยการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ความอ้วน การขาดการออกกำลังกาย ความเครียด เบาหวาน และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

สาเหตุและกลไกการก่อตัวของคราบไขมันในหลอดเลือดแดงโคโรนารี และเกิดการปริแตกจนกระทั่งกลายเป็นคราบเลือดไขมันนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด ได้มีการศึกษาและอธิบายปรากฏการณ์ดังกล่าว โดยแบ่งการเกิดคราบเลือดไขมันเป็น 3 ระยะ คือ *ระยะที่ 1 Fatty streak formation* เป็นลักษณะไขมันที่อยู่ตามกล้ามเนื้อเรียบของผนังชั้นในของหลอดเลือดแดงโคโรนารี พบได้ในคนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป (Carlson, 1990) ซึ่งจะไม่ทำให้เกิดการตีบตันจนนำไปสู่การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด *ระยะที่ 2 Fibrous plaque formation* เป็นระยะของการก่อตัวของคราบไขมันที่เพิ่มมากขึ้นต่อจากระยะที่ 1 พบได้หลังอายุ 20 ปี ลักษณะเป็นไขมันสีเหลืองเทายื่นเข้าสู่หลอดเลือด *ระยะที่ 3 Advanced lesion* หรือมีภาวะแทรกซ้อน พบในคนอายุมากกว่า 30 ปี เป็นระยะที่ fibrous plaque มีขนาดโตขึ้น คราบไขมันมีการปริแตกและเกิดลิ่มเลือดทำให้เกิดการตีบตันได้ ระยะนี้จะพบอาการแสดงของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เมื่อเกิดการขาดเลือดที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจอย่างมากทำให้เมตาโบลิซึม ของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจหยุดลงจนตายไปในที่สุด (Carlson, 1990)

การตรวจทางคลินิกจะพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจมี ST-segment ยกสูงขึ้น มี Q-wave ผิดปกติ คือกว้างมากกว่า หรือเท่ากับ 0.04 วินาที และลึกกว่าหรือเท่ากับ 25 เปอร์เซ็นต์ ของ R wave และมี T wave หัวกลับ รวมทั้งอาจเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดปกติและหัวใจหยุดเต้นได้ ส่วนผู้ป่วยที่มีการอุดตันของหลอดเลือดไม่สมบูรณ์ ยังมีการไหลเวียนของเลือดได้ จะเกิดเป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มี Q-wave ที่ผิดปกติ (pathologic Q wave) (นพรัตน์ ธนะชัยพันธ์, 2537)

ภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (พรรณี เสถียรโชค และประดิษฐ์ชัยชัยเสรี, 2535; สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2538)

1. การเต้นของหัวใจผิดจังหวะ (cardiac arrhythmias) การเต้นของหัวใจผิดจังหวะ พบได้บ่อยมากในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเป็นโรคแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเสียชีวิตมากที่สุด และมักพบภายใน 12 ชั่วโมงแรก การเต้นของหัวใจผิดจังหวะเกิดจากการ

ทำลายของระบบการส่งกระแสไฟฟ้า ทำให้รบกวนการส่งคลื่นไฟฟ้าในหัวใจ ซึ่งพบได้ตั้งแต่หัวใจห้องล่างเต้นเองก่อนเวลา (premature ventricular contraction, PVC) และถ้าเป็นชนิดที่อันตรายคือ เกิดเต้นเองก่อนเวลา บ่อยมากกว่า 5-6 ครั้งต่อนาที หรือ PVC ที่เกิดบน T wave หากเกิดติด ๆ กัน อาจทำให้เกิดหัวใจห้องล่างเต้นเร็ว (ventricular tachycardia) หรือหัวใจเต้นระริก (fibrillation) ได้ ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกที่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่ามีหัวใจเต้นผิดปกติได้ถึง 90 เปอร์เซ็นต์ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการเฝ้าดูคลื่นไฟฟ้าหัวใจใน 24 ชั่วโมงแรกในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทุกราย

2. ภาวะหัวใจวาย (heart failure) ภาวะหัวใจวายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายพบได้มากในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าร้อยละ 40 (พอร์ณิ สเตียร์โซท และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536) ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายจะลดประสิทธิภาพในการบีบตัว นอกจากนั้นบริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจตายอาจเกิดการโป่งพอง (ventricular aneurysm) เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัว เลือดจะไปคั่งอยู่บริเวณที่โป่งพอง ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง ซึ่งทำให้เกิดกลไกชดเชย เพื่อที่จะสนองตอบความต้องการออกซิเจน คือมีอาการเหนื่อยหอบ นอนราบอึดอัด จนถึงมีเสมหะเป็นฟองสีชมพู

3. ช็อคจากหัวใจ (cardiogenic shock) พบได้ประมาณร้อยละ 15 ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มารับการรักษา และมักมีหลอดเลือดตีบทั้ง 3 เส้น และตีบมากกว่า ร้อยละ 75 บริเวณกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เสียไป พบว่าต้องเป็นบริเวณกว้าง ตั้งแต่ร้อยละ 40-50 ของกล้ามเนื้อทั้งหมด ผลของภาวะช็อคทำให้ความดันโลหิตลดต่ำจนเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อไม่พอ ซึ่งจะเห็นได้จากอาการมือเท้าเย็น ชีพจร ปริมาณปัสสาวะลดลงเป็นผลจากการที่หัวใจบีบตัวอ่อนลงอย่างมาก อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น และจากการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติทำให้หัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น และยังทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายมากขึ้น

4. ภาวะก้อนเลือดอุดตัน (thromboembolism) ซึ่งมักเกิดร่วมกับมีภาวะหัวใจวาย ทำให้เลือดไหลช้าลง ก้อนเลือดอาจหลุดลอยไปที่ปอด หรือหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เช่นสมอง หรือบริเวณขา การเกิดลิ่มเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism) พบมากในผู้ป่วยที่กล้ามเนื้อหัวใจตายแล้วมีอาการแทรกซ้อนของหัวใจวาย หัวใจเต้นผิดปกติ อายุมาก อ้วนมาก และมีเส้นเลือดขดอยู่ก่อน จะพบได้น้อยลงถ้าผู้ป่วยมีโอกาสได้ลุกจากเตียงเร็วขึ้น

5. กล้ามเนื้อหัวใจแตกทะลุ (myocardium rupture) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและมักทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต มักเกิดในผู้ป่วยที่มีประวัติความดันโลหิตสูง และมีอายุมาก ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกทันทีทันใด หลังจากนั้นความดันโลหิตจะต่ำลงทันที

ผู้ป่วยที่เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจำเป็นจะต้องได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ซึ่งเป้าหมายในการรักษาในระยะเฉียบพลัน คือ เพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงหัวใจให้เร็วที่สุด เพื่อลดขนาดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หัวใจทำงานน้อยลงและทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอตลอดเวลาร่วมกับรักษาอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่น การมีหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือหัวใจหยุดเต้นทันที และนอกเหนือจากการรักษาด้วยยาและวิธีการต่างๆแล้ว ผู้ป่วยจำเป็นจะต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ และคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้มีการออกกำลังกายและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะภายหลังการเกิดโรค โดยมีบุคลากรที่มีสุขภาพเป็นผู้ให้ความรู้ ให้คำปรึกษาและคำแนะนำที่ถูกต้อง เหมาะสม

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (cardiac rehabilitation)

การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จัดเป็นการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน เรื้อรัง พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นทำให้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร ต้องให้การดูแลช่วยเหลือ แนะนำ สังเกต และติดตามในระยะยาว เพื่อนำศักยภาพที่เหลืออยู่นั้นมาปรับสภาพให้ใช้งานได้ในชีวิตประจำวันและผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ด้วยตนเองโดยไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น

เรดท์เก (Radtke, 1989) กล่าวว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นวิธีการที่ได้รับความสนใจและทวีความสำคัญเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เช่นเดียวกับการศึกษาของ เอเดส และคณะ (Ades, et al., 1992) อัลเลนและเรดแมน (Allen & Redman, 1996) รวมทั้ง คิงและทีโอ (King & Teo, 1998) ที่สรุปว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นวิธีการที่สามารถลดอัตราการตาย อัตราการไร้ความสามารถ และลดอัตราการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำได้ อีกทั้งยังเป็นวิธีการที่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด นอกจากนี้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจยังช่วยส่งเสริมความสามารถในการทำงานของหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิต ช่วยขจัดกลไกการเกิดหลอดเลือดแดงแข็งตัว และยังช่วยลดปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยได้อีกด้วย เช่น ลดความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เป็นกระบวนการทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่ต้องจัดกระทำขึ้นอย่างต่อเนื่องภายหลังจากได้มีการประเมินสภาพผู้ป่วยทางการแพทย์แล้ว และต้องมีความครอบคลุมทั้ง 3 องค์ประกอบคือ การออกกำลังกาย การปรับลดหรือปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ การให้ความรู้และการให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้กับผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่สภาพที่ดีที่สุดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจากผลการศึกษาต่าง ๆ ยอมรับว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจควรรวมอยู่ในมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจแนวใหม่ด้วย (วิศาล คันธรัตน์กุล, 2543)

ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

ฉัฐยา จิตประไพ (2532) ให้ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจไว้ว่าเป็นการดำรงไว้หรือการทำให้สุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติโดยเร็วที่สุด ตลอดจนมีการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวด้วย ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่างกลุ่มผู้รักษา เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ร่วมกับผู้ป่วยโดยผ่านกระบวนการต่าง ๆ ที่กลุ่มผู้รักษาวางแผนร่วมกัน

พงษ์เกียรติ ประชาธำรง (2538) ให้ความหมายว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจก็คือ การกระทำเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยกลับไปสู่สภาพที่ดีเท่าเดิมก่อนเกิดอาการ หรือการกลับไปสู่สภาวะดีกว่าเมื่อเกิดอาการ ทั้งในด้านของร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงการทำงานและกิจกรม นันทนาการ โดยทีมงานของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจะช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านของการปรับสุขภาพร่างกายและจิตใจให้เหมาะสมกับสภาวะนั้น ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสภาวะของตนเองอย่างถูกต้อง เรียนรู้การดำรงตนอย่างไรในการลดอาการและหยุดซึ่งอาการของโรคหัวใจ ปรับปรุงและพัฒนาความสามารถในด้านร่างกายโดยเน้นถึงการออกกำลังกายและช่วยชี้แนะ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิตให้เหมาะสม เพื่อลดอัตราเสี่ยงของสภาวะโรคหัวใจที่อาจเกิดขึ้นใหม่ และลดอัตราเสี่ยงของปัญหาอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1993) ได้ให้ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจไว้ว่า เป็นการรวมเอากิจกรรมทั้งหมดที่จำเป็นและเหมาะสม มาจัดกระทำเป็นกระบวนการให้มีความเหมาะสมกับสภาวะของร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการที่จะกลับไปสู่สังคมเดิม ในสภาพที่ใกล้เคียงกับปกติ ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม โดยความพยายามของตนเองเพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณค่า และคุณภาพ

American Association Cardiovascular Pulmonary Rehabilitation หรือ AACVPR (1995) ให้ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจว่า เป็นกระบวนการของกิจกรรมที่จัดทำขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดทุกประเภท ให้คงไว้ซึ่งศักยภาพสูงสุดที่ผู้ป่วยสามารถกระทำได้ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม การประกอบอาชีพ โดยกระบวนการช่วยเหลือจะมีความแตกต่างกันออกไปสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

American Heart Association หรือ AHA (1999) ให้ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจว่าเป็นกระบวนการของกิจกรรมทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่จัดขึ้นอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดทุกประเภท ทั้งในด้านของจิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยได้กลับเข้าสู่ภาวะที่ดี เท่าเดิมก่อนเกิดอาการ หรือใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด โดยจะต้องมีการกำหนดแผนการร่วมกันระหว่างทีมผู้ปฏิบัติ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา โภชนากร และเภสัชกร เป็นต้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาขีดความสามารถทั้งทางด้านร่างกาย และสมรรถภาพการทำงานของหัวใจให้กับผู้ป่วยแต่ละราย ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การออกกำลังกาย 2) การปรับลดหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการกลับเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ 3) การให้ความรู้และการให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม โดยกิจกรรมต่าง ๆ เริ่มให้ผู้ป่วยกระทำอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งศักยภาพสูงสุดของตนเอง และเตรียมพร้อมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานและดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด

ในการศึกษาครั้งนี้ยึดเอาความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ตามที่ AHA (1999) ได้กำหนดไว้คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นกระบวนการของกิจกรรมทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู ที่จัดทำขึ้นอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ให้สามารถกลับไปสู่สังคมเดิมได้ และมีศักยภาพสูงสุดเท่าที่ผู้ป่วยสามารถกระทำได้

ระยะต่าง ๆ ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

การศึกษานี้ได้แบ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ออกเป็น 4 ระยะ ตามแนวคิดของ AHA (1999) คือ

ระยะที่ 1 การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้กับผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล (inpatient phase) เป็นระยะต้น ๆ ที่สามารถเริ่มให้ผู้ป่วยได้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพ

หัวใจทันที ภายหลังจากผู้ป่วยมีอาการคงที่แล้ว และไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ที่เป็นอันตราย เช่น ผู้ป่วยไม่มีภาวะช็อค หัวใจวาย หรือเจ็บหน้าอก ไม่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะที่ควบคุมไม่ได้ และมีอัตราการเต้นของหัวใจไม่เกิน 100 ครั้ง/นาที โดยมักจะเริ่มให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจกับผู้ป่วย ภายหลังจากเกิดอาการแล้วประมาณ 24 ชั่วโมง การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะนี้ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน ๆ และขาดการเคลื่อนไหว และเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้อย่างปลอดภัย รวมทั้งเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และอาการที่เป็นอยู่ ตลอดจนการปฏิบัติตัวภายหลังออกจากโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยจะสามารถเริ่มออกกำลังกายโดยใช้พลังงานได้ประมาณ 1.5-2 Met (Met หรือ metabolic equivalents เป็นหน่วยของการเผาผลาญของร่างกาย ที่กำหนดให้เป็นหนึ่งหน่วยของการใช้ออกซิเจน โดยระดับออกซิเจนที่หัวใจใช้ในขณะพัก จะเท่ากับ 3.5 มิลลิลิตร/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/นาที ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1 Met) โดยมีคนช่วยเหลือหรือออกกำลังกายด้วยตนเอง การออกกำลังกายในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความยืดหยุ่นของข้อต่าง ๆ และการคงไว้ซึ่งความตึงตัวของกล้ามเนื้อ มักจะเริ่มต้นด้วยการออกกำลังกายเบา ๆ ซึ่งได้แก่ การบริหารการหายใจ การนั่งบนเตียง การขยับแขนขาเพื่อคงพิสัยของข้อต่าง ๆ การให้ผู้ป่วยได้ประกอบกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้วยตนเอง เช่น การล้างหน้า แปรงฟัน ช่วยเช็ดตัว การรับประทานอาหารด้วยตนเองบนเตียง จากนั้นอาจพิจารณาให้ผู้ป่วยได้มีการนั่งห้อยเท้าลงข้างเตียง หรือการลงนั่งข้างเตียงในเก้าอี้ที่มีพนักพิง และมีที่พยักแขน (arm chair treatment) ต่อมาหากผู้ป่วยอาการดีขึ้นจะเริ่มให้ผู้ป่วยเดินเป็นระยะทางสั้น ๆ หากผู้ป่วยสามารถกระทำได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจะเพิ่มระยะของการเดินให้มากขึ้น และฝึกให้ผู้ป่วยได้เดินลงบันได และขึ้นบันไดโดยมีผู้ดูแลใกล้ชิด นอกจากนี้ยังรวมถึงการให้ความรู้ และการให้คำปรึกษาด้านต่าง ๆ ด้วย ระยะนี้จะสิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยสามารถเดินเองได้ดีหรือมีระดับความสามารถในการออกกำลังกายได้ระหว่าง 3.5 - 4 Met โดยผู้ป่วยต้องได้รับการทดสอบการออกกำลังกาย (exercise stress test) ก่อนกลับบ้าน และถ้าผู้ป่วยได้รับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจนสามารถเดินด้วยความเร็วในอัตรา 3.5 ไมล์ (1.59 กิโลเมตร) ในเวลา 1 ชั่วโมง โดยไม่มีอาการของการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดผิดปกติ ผู้ป่วยจะสามารถกลับไปทำงานที่นั่งโต๊ะได้ การขาดการฝึกในช่วงนี้อาจจะส่งผลให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลงได้ถึง 15 เปอร์เซ็นต์ใน 1 สัปดาห์

ระยะที่ 2 การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้กับผู้ป่วยในช่วงของการเป็นผู้ป่วยนอกระยะแรก (immediate outpatient) หรือช่วงต้นของการเป็นผู้ป่วยนอก ช่วงนี้นับตั้งแต่การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล หรือสัปดาห์ที่ 2 ถึง 12 และจะใช้เวลาในการฝึกฝนประมาณ 6 - 12 สัปดาห์ โดยมีเป้าหมายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีขีดความสามารถในการ

ทำงาน และการประกอบกิจวัตรประจำวันให้มากที่สุด ส่งเสริมสมรรถภาพของหัวใจให้ทำงานดีขึ้น และเพื่อฟื้นฟูสภาวะจิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วย โดยต้องการให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตในสังคมได้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด ในระยะนี้ผู้ป่วยบางรายสามารถฝึกการช่วยเหลือตนเองที่บ้าน ภายหลังจากได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องจากเจ้าหน้าที่แล้ว หรืออาจมีการติดตามดูแลจากเจ้าหน้าที่เป็นระยะ ๆ โดยการพิจารณาจะขึ้นอยู่กับวินิจฉัยของแพทย์ และจากสภาพอาการและระดับความเสี่ยงของโรคในขณะนั้น ระยะนี้จะเป็นการมุ่งเน้นการออกกำลังกายแบบแอโรบิคเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เช่น การเดินในแนวราบ การเดินบนสายพานเลื่อน (treadmills) การวิ่ง การปั่นจักรยาน (ergometers) การออกกำลังกายของแขนขาในท่าต่าง ๆ ซึ่งจัดให้มีความถี่ของการออกกำลังกายประมาณ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ และในส่วนของ การให้ความรู้และคำแนะนำจะมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค และการใช้ยา การให้คำปรึกษาด้านจิตสังคม และการประกอบอาชีพที่เหมาะสม

ระยะที่ 3 การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้กับผู้ป่วยในช่วงของการฟื้นตัวระยะหลัง (intermediate outpatient) ระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มสมรรถภาพของร่างกายและสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของภาวะสุขภาพ และลดอัตราเสี่ยงของการกลับเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ โดยผู้ป่วยต้องออกกำลังกายด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 ถึง 12 สัปดาห์ภายหลังจากออกจากโรงพยาบาล และผู้ป่วยยังคงต้องออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ซึ่งจะแนะนำให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาในสถานที่ที่มีเครื่องมือสำหรับการออกกำลังกาย อาจเป็นในโรงพยาบาล หรือนอกโรงพยาบาลก็ได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยจะได้รับความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการกลับเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ

ระยะที่ 4 การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้กับผู้ป่วยในช่วงระยะของการคงสภาพในขณะที่เป็นผู้ป่วยนอก (maintenance outpatient) เป็นระยะของการดูแลเพื่อให้คงความต่อเนื่อง และจัดเป็นการฟื้นฟูระยะยาวตลอดชีวิตเพื่อฟื้นฟูสภาพทางสรีรวิทยาของผู้ป่วยให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เป็นการส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรงและหัวใจสามารถใช้งานได้ดี ผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูเพื่อให้เข้าสู่สภาพปกติของชีวิตประจำวัน โดยระยะนี้ไม่มีจุดสิ้นสุด จัดเป็นระยะของการให้ผู้ป่วยได้ปรับตัวเพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมของการปรับลดปัจจัยเสี่ยงและเพื่อให้ผู้ป่วยพึ่งตนเองได้ในสังคม สามารถกลับไปสู่สภาวะสุขภาพสูงสุดที่เคยมีเท่าเดิมก่อนเกิดอาการ หรือใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด และคงไว้ซึ่งสภาพเดิมนี้ตลอดไป สามารถกลับไปทำงานได้และสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้เหมือนเดิมตลอดจนมีการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวด้วย ผู้ป่วยควรมาพบแพทย์เป็นระยะ ๆ

อาจทุก 3 – 6 เดือน แพทย์จะทำการทดสอบความสามารถในการออกกำลังกายตามความจำเป็นเพื่อติดตามผลของการรักษา โดยมีกำหนดแผนและรูปแบบการดำเนินงานสำหรับ ผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่างทีมผู้ปฏิบัติร่วมกับตัวผู้ป่วยเอง โดยพยาบาลจะทำหน้าที่เป็นผู้ติดต่อประสานงานที่สำคัญระหว่างทีมผู้ปฏิบัติ

องค์ประกอบของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ ดังนี้

1. การออกกำลังกาย

จุดประสงค์ที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในการออกกำลังกาย คือ ลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคให้ลดลง ป้องกันไม่ให้อาการของโรคเลวลง ชลอหรือป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำอีก และส่งเสริมความสามารถทางร่างกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้มากขึ้น การออกกำลังกายจะช่วยให้ผู้ป่วยที่เคยมีกล้ามเนื้อหัวใจตายฟื้นคืนสู่สภาพเดิมได้เร็วขึ้นสมรรถภาพการทำงานของหัวใจดีขึ้น คือ อัตราการเต้นของหัวใจช้าลงแต่ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้น (Brown, 1999) และการออกกำลังกายยังสามารถเพิ่มการไหลเวียนผ่านทางเดินเส้นเลือดใหม่ (collateral) ที่เกิดขึ้นได้ (Pell, 1997) นอกจากนี้การออกกำลังกายที่เพียงพอสามารถลดน้ำหนัก ลดความดันโลหิต โดยเฉพาะความดัน ไคเอสโตลิก และสามารถเพิ่มปริมาณอนุคลิกรดไขมัน HDL ซึ่งมีประโยชน์ต่อการป้องกันการเกาะของไขมันในหลอดเลือดแดงได้ ส่วนผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายบางส่วน ถ้าได้ออกกำลังกายอย่างถูกต้องแล้วจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำได้ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกโดยการติดตามผู้ป่วย 3,000 ราย ในเวลา 3 ปี พบว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายมีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันซ้ำและเสียชีวิตร้อยละ 18.60 ส่วนกลุ่มที่ไม่ออกกำลังกายจะมีอันตรายถึงแก่ชีวิตร้อยละ 29.40 (WHO, 1990 อ้างใน เสก อักษรานูเคราะห์, 2534) นอกจากนี้การออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพและเป็นแบบแผนจะช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ โดยจะช่วยเพิ่มความสามารถในการทำงานของร่างกายภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 20 ของสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย (Oberman, 1989 อ้างใน อัจฉริยา พ่วงแก้ว, 2539) อย่างไรก็ตามการออกกำลังกายที่เกินความสามารถจะทำให้หัวใจทำงานหนักเกินไป ดังนั้นขนาดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมจึงหมายถึงการออกกำลังกายที่ใช้ออกซิเจนอย่างเพียงพอและปลอดภัย คือระดับที่ร่างกายใช้

ออกซิเจน ร้อยละ 50-70 ของการใช้ออกซิเจนในร่างกายสูงสุด และมีอัตราการเต้นของหัวใจ อยู่ระหว่างร้อยละ 65-85 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด [อัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดคือ ร้อยละ 85 ของ (190 ลบด้วยอายุของผู้ป่วย)] หรืออัตราการเต้นของหัวใจภายหลังการออกกำลังกาย ไม่ควรเพิ่มขึ้นมากกว่า 20-25 ครั้ง/นาที ของอัตราการเต้นปกติ (ปริศนา วรรณันท์, 2541)

แนวทางในการปฏิบัติและข้อควรระวังทั่วไปในการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีดังนี้ (AHA, 1999)

1) ในรายที่ต้องทำงาน เวลาที่เหมาะสมในการออกกำลังกายคือตอนเช้าก่อนไปทำงาน หรือเลิกงาน ก่อนอาหารเย็นหรือก่อนเข้านอน สำหรับรายที่เดินไปทำงานนั้นควรรวมการเดินไปทำงานเป็นการออกกำลังกายประจำวันด้วย

2) ควรเริ่มออกกำลังกายอย่างช้า ๆ ไม่รีบเร่ง เริ่มออกกำลังกายในท่านอน นิ่ง และ ยืน ตามลำดับ เริ่มออกกำลังกายจากขา แขน และลำตัว ตามลำดับ ออกกำลังกายจากขนาดระดับต่ำ ก่อนจนถึงระดับสูง และไม่ควรออกกำลังกายประเภทที่ไม่เคยชินมาก่อน เพราะอาจเกิดอันตรายได้

3) ควรมีวิธีการหรือระยะทางมาตรฐานสำหรับทดสอบในแต่ละสัปดาห์ เพื่อทราบถึงสภาพร่างกายว่าดีขึ้นหรือเลวลงอย่างไร

4) ถ้าจะออกกำลังกายหลังอาหารมื้อหนัก ต้องห่างจากมื้ออาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง แม้แต่การเดินก็ไม่ควรทำภายใน 1 ชั่วโมงหลังอาหาร

5) หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายในระหว่างเจ็บป่วย ภาวะติดเชื้อ ภาวะโปแตสเซียมต่ำ หรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือถ้ารู้สึกไม่สบายหรือเหนื่อย เช่น เป็นหวัดหรือเจ็บป่วยเล็กน้อย ไม่ควรฝืนออกกำลังกาย ควรรอให้หายดีก่อน

6) การออกกำลังกายควรทำอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องกันไปโดยตลอดแม้ในระหว่างพัก-ร้อน หรือในวันหยุดสุดสัปดาห์ก็ไม่ควรหยุด หรือออกกำลังกายเพิ่มมากกว่าปกติ

7) หลีกเลี่ยงการอาบน้ำเย็นทันทีก่อนและหลังการออกกำลังกาย เพราะจะทำให้ หลอด-เลือดหัวใจหดเกร็ง เกิดอาการเจ็บหน้าอกได้ หรืออาจมีหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ ควรนั่งพัก ประมาณ 20-30 นาทีก่อนอาบน้ำ

8) หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหนัก ๆ หรือการออกกำลังกายชนิดที่หยุดอยู่กับที่ เช่น การเข็นรถยนต์ การยกก้อนหินหนัก การเปิดหรือปิดหน้าต่างที่แน่นหรือฝืด

9) ถ้ามีอาการเจ็บหน้าอก หายใจไม่ออก หรือใจสั่น ระหว่างการออกกำลังกาย ควรลดความเร็วลงก่อน ถ้าไม่ดีขึ้นต้องหยุดพักและควรมียาใน โดรกลีเซอรินเตรียมไว้โดยเฉพาะในผู้ที่ เคยมีประวัติเจ็บหน้าอกมาก่อน

10) ระหว่างการออกกำลังกายควรผ่อนคลาย ไม่คิดเรื่องงานหรือเรื่องที่ทำให้รู้สึกเครียด และไม่ควรหักโหมขณะออกกำลังกาย

สรุปการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย โดยช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน ๆ เพิ่มสมรรถภาพการทำงานของร่างกาย เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ลดอัตราการตายจากการกลับเป็นซ้ำของโรค ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต ลดความเครียด ลดความซึมเศร้า และช่วยเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้การออกกำลังกายยังสามารถป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำได้

2. การปรับลดหรือปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการกลับเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ

สมาคมโรคหัวใจของอเมริกา (AHA, 1999) ได้กำหนดปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหยุดสูบบุหรี่ การควบคุมโรคที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และสุนิสัยในการรับประทานอาหาร

2.1 การรับประทานอาหาร ควรรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลต่ำ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ได้แก่ ตับ ไต สมอ งู ม้าม เครื่องในสัตว์ทุกชนิด ไข่ปลา หอยนางรม ไข่แดง และอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น ไขมันจากสัตว์ โดยปกติระดับไขมันในเลือดไม่ควรสูงเกิน 250 มก./เลือด 100 มล. ผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะโคเลสเตอรอลจะมีโอกาสเป็นโรคนี้อีก การศึกษาของวิชัย ต้นไพจิตร (2534) พบว่า ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และจากการศึกษาของ สุภชัย ไชย-ธีระพันธ์ และคณะ (2533) ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี จำนวน 140 ราย จากสถาบันแพทย์ 7 แห่งในประเทศไทย พบว่า ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบได้ร้อยละ 20 และพบได้บ่อยเป็นอันดับที่สอง ดังนั้นการควบคุมระดับโคเลสเตอรอลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ประกอบกับการลดระดับไขมันในเลือดลงร้อยละ 1 จะมีผลทำให้ลดอัตราการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบได้ร้อยละ 2 ซึ่งหลักในการปฏิบัติเพื่อลดระดับไขมันในเลือดคือ การรับประทานอาหารที่ให้พลังงานอย่างพอเหมาะ การจำกัดการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอล หรือการควบคุมอาหารไขมัน โดยการลดไขมันจากเนื้อสัตว์ซึ่งมีไขมันอิ่มตัวมาก

มาใช้ไขมันพืชซึ่งมีไขมันไม่อิ่มตัวมากกว่า เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพดและควรเลือกรับประทานไขมันแต่ละชนิดอย่างเหมาะสมควบคู่ไปกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอส่วนการลดระดับไขมันในเลือดด้วยยา ควรใช้เมื่อไขมันในเลือดสูงไม่ลดลงด้วยการคุมอาหารและลดน้ำหนัก อาหารควรเป็นอาหารอ่อนย่อยง่าย รสจืด อาจรับประทานครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง เพื่อไม่ให้หัวใจทำงานหนัก และควรพักผ่อนหลังอาหาร ครั้ง ถึง 1 ชั่วโมง

2.2 การหยุดสูบบุหรี่ เนื่องจากบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี (ศุภชัย ไชยธีระพันธ์ และคณะ, 2533) ดังนั้นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจึงควรงดสูบบุหรี่ รวมทั้งหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีควันบุหรี่ เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่จะซึมผ่านเข้าไปในกระแสเลือด กระตุ้นระบบประสาทให้หลั่งแคทีโคลามีนมากขึ้น ทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น ผนังหลอดเลือดหดตัว รูของหลอดเลือดแคบลง หัวใจต้องทำงานมากขึ้น ความต้องการออกซิเจนสูงขึ้น และอาจเพิ่มการเกาะกลุ่มกันของเกล็ดเลือด ผู้ชายที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายสูงกว่าผู้ชายที่ไม่สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 70 และจากการศึกษาของโรเซนเบิร์กและคณะ (Rosenberg et al., 1985) พบว่า ผู้ป่วยที่ยังคงสูบบุหรี่หลังจากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีอัตราการเสียชีวิตเป็น 2 เท่าของผู้ป่วยที่เลิกสูบบุหรี่ และผู้ที่สูบบุหรี่มีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 2-4 เท่า (Cunningham, 1992) ดังนั้นการหยุดสูบบุหรี่จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำและการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในผู้ป่วยโรคหัวใจการหยุดสูบบุหรี่ต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวและความตั้งใจจริงของผู้ป่วย เนื่องจากพฤติกรรมกาสูบบุหรี่เป็นเรื่องที่ยากจะแก้ไข และจัดเป็นเรื่องที่ยากที่สุดในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเฉพาะในเพศชาย (ปริศนา วรรณัท, 2541)

2.3 การควบคุมโรคที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะช่วยลดอัตราการกลับเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำได้

2.3.1 การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอย่างหนึ่ง ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมักเกิดหลอดเลือดแข็งได้มากกว่าผู้ที่มีความดันปกติ หลอดเลือดที่แข็งจะมีความยืดหยุ่นน้อย เกิดการคั่งอและตีบตันได้ง่าย ทำให้เลือดไม่สามารถผ่านไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจหรืออวัยวะต่าง ๆ ได้ ดังนั้นผู้ที่มีความดันโลหิตสูง จึงมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ จากการศึกษาของศุภชัย ไชยธีระพันธ์ และคณะ (2533) พบว่า ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบได้ร้อยละ 15 ในผู้ป่วย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่อายุน้อยกว่า 40 ปี การรักษาความดันโลหิตสูงมีเป้าหมายที่จะลดความดันซิสโตลิกให้อยู่ในระดับไม่เกิน 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกให้อยู่ในระดับไม่เกิน 85-90 มิลลิเมตรปรอท (สมชาติ โถจายะ, 2536)

2.3.2 การควบคุมโรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนปกติอย่างน้อย 2-3 เท่า เพราะโรคเบาหวานทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นที่หลอดเลือด เช่น มีการแข็งตัวและตีบแคบ ทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอและเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ และจากการศึกษาของ แคนเนลและแมคกี (Kannel & McGee, 1979 อ้างใน สมชาติ โถจายะ, 2536) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในผู้ชาย และ 4 เท่าในผู้หญิง ส่วน สุขชัย ไชยธีระพันธุ์และคณะ (2533) พบว่าเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบได้ร้อยละ 7.8 ในผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี ดังนั้นการควบคุมเบาหวานได้ก็จะทำให้อัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายลดน้อยลง การปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดกระทำได้โดยการปรับเปลี่ยนเรื่องอาหาร การควบคุมน้ำหนัก และการออกกำลังกายที่เหมาะสม

2.4 สุขนิสัยในการรับประทานยา ผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ควรได้เรียนรู้และเข้าใจถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการใช้ยามิได้ล้มเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก และควรทราบถึงสรรพคุณและอาการข้างเคียงของยาแต่ละตัว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและเห็นความสำคัญของการต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย นอกจากนี้ผู้ป่วยไม่ควรซื้อยามารับประทานเองและควรมาพบแพทย์ตามนัด

3. การให้ความรู้และคำปรึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้กับผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะฟื้นฟูสภาพเป็นระยะที่เกิดความเครียดได้สูง เนื่องจากเป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงหลาย ๆ ด้าน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ คีลลิงและเคนนิสตัน (Keeling & Dennison, 1995) ที่ติดตามผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพื่อสัมภาษณ์ถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยการโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างเป็นชายและคู่สมรสจำนวน 21 คู่ อายุเฉลี่ย 54 ปี พบว่าประสบการณ์ของผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสภาพหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นระยะที่มีความเครียดในระดับสูง อันเนื่องมาจากปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น ความยากลำบากในการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ ซึ่งแสดงออกด้วยการร้องไห้ ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ความคับข้องใจในการเปลี่ยนแปลงบทบาท

ในครอบครัว วิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ดังนั้นการให้คำปรึกษา การให้ความรู้ และข้อมูลต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย จึงมีส่วนสำคัญในการลดปัญหาทางด้านจิตใจที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ซึ่งจากการศึกษาของทอมสันและคณะ (Thompson et al., 1995) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและคู่สมรสต้องการข้อมูลและคำแนะนำภายหลังการเกิดโรค แต่ผู้ป่วยไม่ได้รับการบริการในเรื่องนี้อย่างเพียงพอ เนื่องจากขาดความต่อเนื่องในการให้บริการและปัญหาจากการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ทอมสันและคณะจึงได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่าควรมีโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพภายหลังการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เพื่อตอบสนองความต้องการด้านนี้ให้กับผู้ป่วยและคู่สมรส โดยคำแนะนำและข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพื่อปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ประกอบด้วย

3.1 การควบคุมอารมณ์และจัดการกับความเครียด ความเครียดและวิถีทางในการดำรงชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ บุคคลที่มีอารมณ์เครียดไม่ได้พักผ่อนเท่าที่ควร มีความวิตกกังวล วิตกกังวลต้องงานมากจะส่งเสริมให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ นอกจากนี้ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบเอ คือ เป็นคนเอาจริงเอาจัง ทำงานหนัก มีความทะเยอทะยานสูง รีบร้อน ชอบแข่งขันก็มีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคมากขึ้นด้วย (ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ และอิสรา สุขุมาลจันทร์, 2524) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีบุคลิกภาพแบบเอที่รอดชีวิต เมื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายหลังการเกิดโรคโดยลดความเอาจริงเอาจัง ลดการแข่งขัน และรีบเร่งลง จะพบอัตราการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เปลี่ยนพฤติกรรม (Friedman et al., 1982) ดังนั้นการหลีกเลี่ยงความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดอัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำได้

3.2 การพักผ่อน โดยผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ควรมีการพักผ่อนทั้งทางร่างกายและจิตใจเพื่อมิให้หัวใจต้องทำงานหนัก ผู้ป่วยควรได้นอนหลับในตอนกลางคืน 6-8 ชั่วโมง และในตอนกลางวันอย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง โดยเฉพาะรายที่มีอาการเจ็บหน้าอก เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้นและไม่ควรเข้าไปในสถานเริงรมย์หรือที่มีผู้คนแออัด เช่น โรงภาพยนตร์ บาร์ หรือไนท์คลับต่าง ๆ เพราะจะเป็นสาเหตุที่ทำให้สุขภาพเสื่อมโทรมได้ง่าย ควรหยุดทำกิจกรรมต่าง ๆ เมื่อรู้สึกเหนื่อย หายใจลำบาก ใจสั่น มึนงง หรือเหงื่อออก ร่วมกับตัวเย็นซีด ควรค่อย ๆ ทำกิจกรรมและเพิ่มกิจกรรมอย่างช้า ๆ ตามระดับความสามารถที่ทำได้ และควรพักผ่อนเป็นระยะ ๆ ในระหว่างการทำกิจกรรมต่าง ๆ

3.3 การทำงาน ควรหลีกเลี่ยงการทำงานหนักที่ต้องออกแรงอย่างทันทีทันใด งานที่หนักและหุก รีบเร่ง งานที่ต้องใช้ความตั้งใจสูงและทำติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายบางรายที่ไม่อาจกลับไปทำงานตามเดิมได้ ควรหางานที่ไม่ต้องใช้สมองหรือแรงงานมากทำแทน

3.4 การมีเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายบางรายอาจจำกัดหรืองดการมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากความวิตกกังวล กลัวตาย หมกมุ่นอยู่แต่อาการเจ็บป่วยและคิดว่าตนเองเป็นโรคที่ร้ายแรง ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการซึมเศร้ามากทำให้ลดความสนใจทางเพศ หรือมีความต้องการทางเพศลดน้อยลง ผู้ป่วยและคู่สมรสบางรายอาจสรุปว่าจะไม่มีเพศสัมพันธ์อีกต่อไป เนื่องจากเข้าใจว่าการร่วมเพศจะทำให้ตื่นเต้นจนช็อก หัวใจอาจหยุดเต้นและตายได้ บางรายเกรงว่าการมีกิจกรรมทางเพศจะทำให้เกิดการทาลายกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มมากขึ้น และทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ในที่สุด (Steinke & Patterson-Midgley, 1998) ทั้งนี้เป็นเพราะขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์ อาจเป็นเพราะเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่กล้าขอคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาลด้วยเหตุผลจากความอาย และอาจเพราะแพทย์และพยาบาลไม่ให้ความกระจ่างในเรื่องเพศกับผู้ป่วย อันเนื่องมาจากในสังคมไทยวัฒนธรรมประเพณีที่ถือว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องส่วนตัว ลึกลับ และต้องห้าม จึงพบว่าร้อยละ 50-60 ของผู้ป่วยมีเพศสัมพันธ์ลดลงเนื่องจากไม่ได้รับคำปรึกษาที่ถูกต้อง (ทิพาพันธ์ ศศิธรเวชกุล, 2535) ซึ่งตามหลักปฏิบัติแล้วผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถกลับเข้าสู่การมีเพศสัมพันธ์ได้ในสัปดาห์ที่ 4-8 ภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยต้องปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยเฉพาะ

3.5 การขับถ่าย ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายควรระวังไม่ให้เกิดอาการท้องผูก เพราะอาการท้องผูกทำให้จะต้องเบ่งอุจจาระ ซึ่งจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานเพิ่มมากขึ้น อาจทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกซ้ำ ควรรับประทานอาหารชนิดที่ช่วยให้ถ่ายอุจจาระสะดวกขึ้น เช่น ผัก ผลไม้ และดื่มน้ำมาก ๆ หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ท้องผูกหรือเกิดแก๊ส ถ้าท้องผูกควรปรึกษาแพทย์ ไม่ควรซื้อยารับประทานเองเพราะยานั้นอาจมีความรุนแรงเกินไปทำให้หัวใจต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้น

คามเวนโด แฮนสัน และเจอร์พี (Kamwendo, Hansson, & Hjerpe, 1998) กล่าวว่า การที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายให้ได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพนั้น ควรมีความสมดุลในทั้ง 3 องค์ประกอบของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ คือ การออกกำลังกาย การปรับลดหรือปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ และการให้ความรู้ และการให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต

ในปัจจุบันการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้ถูกพัฒนาขึ้นเป็น โปรแกรมในหลากหลายรูปแบบ เช่น โปรแกรมของนิวแมน (Newman) โปรแกรมของเวนเกอร์ (Wenger) โปรแกรมของโรงพยาบาลรามาริบัติ เป็นต้น ซึ่งในแต่ละโปรแกรมอาจมีความแตกต่างกันบ้างในเรื่องของรายละเอียด หากแต่ต่างก็มีจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือ ให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพการทำงานของหัวใจ ร่างกาย จิตสังคม ตลอดจนสามารถกลับไปทำงานและดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงกับแบบแผนชีวิต เช่นเดิม ในฐานะของบุคลากรทีมสุขภาพจำเป็นต้องสนับสนุน ส่งเสริม และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถบรรลุถึงจุดมุ่งหมายดังกล่าว

โดยทั่วไปบุคคลจะให้ความหมายของข้อมูลที่ได้รับ เกิดเป็นความรู้สึกนึกคิด และความเข้าใจของตน ซึ่งหมายถึงการรับรู้ของบุคคลนั่นเอง และบุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามการรับรู้และความคิดนั้น ๆ และกล่าวได้ว่าการรับรู้เป็นตัวกำหนดพฤติกรรม และมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติของบุคคล ดังนั้นหากต้องการทราบพฤติกรรมของบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ จึงควรศึกษาการรับรู้ของบุคลากรทีมสุขภาพเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจด้วย

การรับรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

ความหมายของการรับรู้

วัชรีย์ ทรัพย์มี (2533) ให้ความหมายว่า การรับรู้คือการตีความหมายของการรับสัมผัส ออกเป็นหนึ่งสิ่งใดที่มีความหมาย ซึ่งการตีความหมายนั้นต้องอาศัยประสบการณ์หรือการเรียนรู้ ถ้าปราศจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์จะไม่มีกรรับรู้ มีเพียงแต่การรับสัมผัสเท่านั้น การรับรู้เป็นสิ่งที่เลือกสรรในขณะที่ใดขณะหนึ่ง เราไม่ได้รับรู้หมดทุกอย่างแต่เราเลือกรับรู้สิ่งเร้าเพียงบางอย่าง

สุชา จันทน์เอม (2540) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่มีระดับตั้งแต่ง่ายที่สุดถึงซับซ้อนที่สุดจนยากแก่การเข้าใจ การรับรู้คือการตีความหมายจากการรับสัมผัส (sensation) ในการรับรู้ นั้นเราไม่เพียงแต่มองเห็น ได้ยิน หรือได้กลิ่นเท่านั้น แต่เราต้องรับรู้ได้ว่าวัตถุหรือสิ่งของที่เรารับรู้ นั้นคืออะไร มีรูปร่างอย่างไร อยู่ทิศใด ไกลกว่าเรามากน้อยแค่ไหน เป็นต้น เท่ากับเป็นการใส่ความหมายให้กับสิ่งต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในการรับสัมผัส

การรับรู้ตามความหมายในพจนานุกรมของมอสบี (Mosby's Dictionary, 1994) หมายถึง การแสดงออกถึง ความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งอาจเป็นความนึกคิดที่เฉพาะเจาะจง เป็นแนวคิด หรือความประทับใจก็ได้ เป็นการแสดงออกถึงความสามารถของสมองที่จะแปลความหมายหรือความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุสิ่งของต่าง ๆ และการรับรู้ยังเป็นพื้นฐานของการเรียนรู้อีกด้วย

คิง (King, 1981) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในเรื่องต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัส การรับรู้เป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลและเกิดขึ้นภายในตัวของบุคคลซึ่งการรับรู้จะมีความหมายต่อประสบการณ์ การเป็นตัวแทนของความจริงและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น

โรเซนสตอค (Rosenstock, 1976) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่สมองตีความหรือแปลความจากสิ่งเร้าที่มาสัมผัส ออกเป็นความรู้สึกนึกคิด และความเข้าใจของบุคคลนั้น โดยใช้ความรู้เดิมและประสบการณ์เดิมช่วยในการตีความ แล้วมีการตอบสนองออกมาเป็นพฤติกรรม บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามความคิด หรือการรับรู้ในเรื่องนั้น ๆ หากการรับรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งถูกต้องตามความเป็นจริง จะสามารถทำให้บุคคลปฏิบัติเรื่องนั้น ๆ ได้อย่างถูกต้องและสอดคล้องกับเหตุผล

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ความหมายของการรับรู้ตามแนวคิดของโรเซนสตอค โดยสรุปได้ว่า การรับรู้หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ของแต่ละบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยอาศัยประสบการณ์และความรู้เดิมเป็นตัวช่วยในการตีความหรือแปลความหมาย ทำให้การรับรู้เป็นลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งบุคคลจะแสดงการรับรู้ในลักษณะของการกระทำหรือความรู้สึกนึกคิด

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้

การรับรู้ของแต่ละบุคคลย่อมมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการประเมินตัดสินสถานการณ์ หรือเหตุการณ์นั้น ๆ การรับรู้ของบุคคลเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกัน ถึงแม้จะรับรู้ในเรื่องเดียวกันก็ไม่มีบุคคลใดที่จะมีการรับรู้ที่เหมือนกับบุคคลอื่นที่เดียว เพราะบุคคลจะประมวลการรับรู้ นั้นเป็นประสบการณ์ที่มีความหมายเฉพาะตนเอง ซึ่งจะมีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลนั้น ๆ ด้วย โดยมีปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ ดังนี้

1. เพศ เนื่องจากเพศแสดงถึงความแตกต่างทางชีวภาพของบุคคล ซึ่งมีผลต่อการแสดงพฤติกรรม และเพศยังมีผลต่อสติปัญญา และการรับรู้ของบุคคล โดยมีแนวโน้มว่าเพศชายมีความสามารถในการเรียนรู้ สูงกว่าเพศหญิง ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างทางโครงสร้างของสมอง ที่มีผลทำให้สติปัญญา และความรู้สึกรู้สึกแตกต่างกัน ประกอบกับเพศชายมีบทบาทในสังคม และมีโอกาสศึกษามากกว่าเพศหญิง (Schaffer, 1981) นอกจากนี้เพศ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา การปรับตัว และเจตคติ ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ของบุคคล การศึกษาของฮิลล์ (Hill, 1978 cited in Molzahn & Northcott, 1989) เกี่ยวกับความแตกต่างในการรับรู้ต่อกระบวนการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยชายส่วนใหญ่จะไม่มีปฏิสัมพันธ์กับแพทย์ที่เป็นหญิง เนื่องจากผู้ป่วยจะรู้สึกอึดอัดใจที่มีแพทย์ หรือพยาบาลที่เป็นผู้หญิงมาให้การดูแล และมีความเชื่อว่าความสามารถของเพศหญิงน้อยกว่าเพศชาย

2. อายุ อายุมีผลต่อการรับรู้ เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการ และประสบการณ์ต่าง ๆ ในอดีต เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้น ย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดี และมีการตัดสินใจที่ถูกต้อง แต่ความสามารถดังกล่าวจะลดลงในวัยสูงอายุ บุคคลที่มีอายุแตกต่างกันจะมีความสามารถในการเรียนรู้แตกต่างกัน ผู้ที่มีอายุมากกว่าจะมีวุฒิภาวะมากกว่า และมีประสบการณ์เกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย นอกจากนี้ อายุจะส่งผลถึงความแตกต่างในการแสดงออกของพฤติกรรมที่เกิดจากการรับรู้ การมองปัญหาความเข้าใจ การใช้เหตุผล และการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล (Palank, 1991)

3. ระดับการศึกษา การศึกษาเล่าเรียนจะเป็นตัวที่ช่วยพัฒนาสติปัญญา การคิดอ่าน ความรู้ ความเข้าใจ ส่งผลให้บุคคลมีความสามารถในการคิด และวิเคราะห์ข้อมูลจากสิ่งต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล และมีความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมหรือปฏิริยาของบุคคลอื่น ๆ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (วรรณสิทธิ์ ไวทยเสวี, 2526) และการศึกษาเป็นสิ่งเกื้อหนุนการรับรู้ต่าง ๆ ของบุคคล เพราะการศึกษาจะช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่าง ๆ เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ตนรับรู้ได้อย่างรวดเร็ว

ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมักจะได้เปรียบเรื่องการรับรู้ และเกิดการเรียนรู้ได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีโอกาส แสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ วิธีการคิด วิเคราะห์ หรือสิ่ง ที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติแตกต่างจากผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า นอกจากการศึกษาก็จะมีผลต่อพฤติกรรม แล้ว การศึกษายังมีผลต่อการรับรู้ของบุคคล คือ ช่วยพัฒนาสติปัญญาของบุคคล ในการที่จะเลือกรับรู้ในสิ่งที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับตน (จำเนียร ช่วงโชติ, 2528)

4. การฝึกอบรมหรือการเรียนรู้ การฝึกอบรมและการเรียนรู้มีความจำเป็นสำหรับบุคคลเพราะจะช่วยพัฒนาการรับรู้ให้กว้างขวางยิ่งขึ้น การเรียนรู้และการรับรู้อาจเกิดควบคู่กันไป เมื่อมีการเรียนรู้มากขึ้นก็จะขยายขอบเขตของการรับรู้ให้กว้างขวางยิ่งขึ้นด้วย (ศิริเพิ่ม เขาวนัศิลป์, 2533) โดยความรู้จำเป็นต้องเป็นความรู้ที่ถูกต้อง และชัดเจนต่อเรื่องที่บุคคลนั้นสนใจ

5. ประสบการณ์ในอดีต ประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาหากเป็นประสบการณ์ที่ดีจะเป็นข้อดีที่ช่วยให้บุคคลรับรู้เหตุการณ์ไม่รุนแรงเกินไป ในทางตรงกันข้าม หากมีประสบการณ์ที่ไม่ดี อาจทำให้บุคคลรับรู้เหตุการณ์นั้นแล้วร้ายกว่าที่ควรจะเป็น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) บุคคลที่มีประสบการณ์มากจะรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่ตนเองประสบได้ง่ายกว่าบุคคลที่มีประสบการณ์น้อย หรือไม่มีประสบการณ์เลย (Molzahn & Northcott, 1989)

6. บทบาทหน้าที่ บทบาทหน้าที่มีส่วนสำคัญในการรับรู้ ซึ่งความแตกต่างของการรับรู้ อาจมาจากการดำรงไว้ซึ่งบทบาท และความคาดหวังในบทบาทของแต่ละบุคคล ทำให้บุคคลมีรูปแบบการตอบสนองต่อการรับรู้ที่แตกต่างกัน กล่าวได้ว่าการรับรู้จะเชื่อมโยงไปถึงบทบาทหน้าที่ของอาชีพที่บุคคลนั้นดำรงอยู่ และมีส่วนสำคัญในการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม (Molzahn & Northcott, 1989)

สรุปได้ว่าการรับรู้ของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล การรับรู้ที่ถูกต้องจะเป็นพื้นฐานที่สำคัญยิ่งของการเรียนรู้ บุคคลจะมีการรับรู้ในสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นและเกิดการเรียนรู้ควบคู่กันไปด้วยเสมอ ถ้าไม่มีการรับรู้การเรียนรู้จะเกิดขึ้นไม่ได้ เพราะการที่คนเราจะมีความรู้สักนึกคิด และความเข้าใจที่คั้นนั้นจะต้องเริ่มจากการรับรู้ที่ดีก่อน และการเรียนรู้ก็กลับมามีผลต่อการรับรู้ครั้งใหม่ นอกจากนี้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามความคิดและการรับรู้ในเรื่องนั้น ๆ หรือกล่าวได้ว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม และผู้ที่มีการรับรู้ที่ถูกต้องก็จะแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมและเป็นไปในทางที่ดี ดังนั้นหากบุคลากรมีการรับรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ที่ถูกต้องก็จะแสดงพฤติกรรมเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้อย่างเหมาะสมและเป็นไปในทางที่ดี

การรับรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

การรับรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ของผู้บริหาร แพทย์ และพยาบาล ซึ่งเกิดจากการตีความหรือแปลความหมายของสมอง โดยอาศัยคุณสมบัติที่มีอยู่ในตนเองเป็นสิ่งที่ช่วยในการแปลความ ภายหลังจากรับรู้แล้วว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจคืออะไร มีคุณลักษณะตามที่ตนเองคิด และเข้าใจตามความรู้เดิมที่มีอยู่อย่างไร ก็จะแสดงพฤติกรรมตอบสนองออกมาตามความรู้สึกนึกคิด และความเข้าใจนั้น ๆ เนื่องจากแต่ละบุคคลมีการรับรู้เป็นของตนเองขึ้นกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ดังกล่าวมาแล้ว จึงทำให้การรับรู้ของบุคคลแต่ละคนมีความแตกต่างกัน และมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการแสดงออกของบุคคลนั้น ๆ ด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องยังไม่พบการศึกษาที่อธิบายถึงการรับรู้ของบุคลากรที่มสุขภาพเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยตรง หากแต่สามารถสรุปจากการศึกษาที่มีความเกี่ยวข้องได้ดังนี้ ประการแรก คือ การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ แบ่งออกเป็น ประโยชน์ต่อผู้ป่วย ต่อบุคลากร และประโยชน์ต่อหน่วยงาน ซึ่งการรับรู้ประโยชน์นี้เป็นสิ่งที่ช่วยจูงใจให้บุคคลเข้าร่วมหรือให้ความร่วมมือกับเหตุการณ์นั้น ๆ ประการที่สอง คือ การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ แบ่งออกเป็น อุปสรรคด้านบุคลากร อุปสรรคด้านนโยบาย และอุปสรรคด้านการสนับสนุนอื่น ๆ ซึ่งอุปสรรคจัดเป็นสิ่งที่ขัดขวางต่อการให้ความร่วมมือในเหตุการณ์นั้น ๆ การรับรู้เหล่านี้จะเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจของบุคลากรแต่ละคนว่ามีความพร้อมที่จะให้ความร่วมมือเพื่อพัฒนา ดำเนินการหรือปฏิบัติตามการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากน้อยเพียงใด

การรับรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของบุคลากรที่มสุขภาพ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประการ ดังนี้

1. การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของบุคลากรที่มสุขภาพที่มีต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจว่ามีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ประโยชน์ต่อตัวบุคลากร และหน่วยงานอย่างไร โดยขึ้นอยู่กับความรู้ ความเข้าใจ ของบุคลากรนั้น ๆ ที่เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และบุคลากรมักจะเลือกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

เนื่องจากมีความเชื่อว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสามารถส่งผลให้เกิดประโยชน์เช่นนั้นได้

1.1 ประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อผู้ป่วย

นับตั้งแต่ ค.ศ.1912 ได้เกิดความเชื่อว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เสี่ยงต่อการตายอย่างกะทันหันด้วยการออกแรงเพียงเล็กน้อย ดังนั้นผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายทุกคน จะถูกให้ห้องออกแรงและนอนพักอยู่บนเตียง (absolute bed rest) เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของหัวใจ ช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจฟื้นตัวจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นได้เร็ว และมีความเชื่อว่าถึงแม้ผู้ป่วยที่หายแล้วก็จะไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เช่นคนปกติ จนถึง ค.ศ.1948 เริ่มมีการวิเคราะห์ถึงผลเสียของการนอนพักนาน ๆ และในปี ค.ศ.1952 เลวินและโลน (Levine & Lown) แนะนำการรักษาด้วยเก้าอี้ (arm chair treatment) สลับกับการนอนพัก โดยให้ผู้ป่วยนั่งห้อยขาที่เก้าอี้ เป็นเวลา 1-2 ชั่วโมง/วัน โดยเริ่มในวันที่ 3 หลังจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นการลดปริมาณเลือดที่ไหลกลับหัวใจ ลดปริมาณเลือดที่หัวใจต้องสูบฉีด (stroke volume) ทำให้หัวใจทำงานน้อยลง และช่วยป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน ภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจและมีประโยชน์ด้านจิตใจด้วย หลังจากนั้นจึงได้มีการจัดโปรแกรมการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนเป็นที่มาของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และได้มีการศึกษาจนเป็นที่ยอมรับกันต่อมาว่าการให้โปรแกรมการเคลื่อนไหวแก่ผู้ป่วย ตั้งแต่ระยะแรก ๆ เป็นผลดีและปลอดภัย (ชวนพิศ ทำนอง, 2527; คุณใจ ชัยวานิชศิริ, 2539) จนถึงปัจจุบันมีการวิจัยจนเป็นที่ยอมรับว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้กับผู้ป่วยสามารถลดอัตราการตายได้ประมาณ 20 เปอร์เซ็นต์ ในช่วง 1-3 ปีแรก และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ระดับหนึ่ง (Oldridge et al., 1991)

การศึกษาผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ พบว่ามีประโยชน์ต่อผู้ป่วยดังนี้

1.1.1 ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน ๆ หรือขาดการเคลื่อนไหว เช่น ภาวะหลอดเลือดดำอุดตันและภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจ (คุณใจ ชัยวานิชศิริ, 2539)

1.1.2 ช่วยให้หัวใจทำงานหนักน้อยลง จากการลดปริมาณเลือดที่ไหลกลับหัวใจและลดปริมาณเลือดที่หัวใจต้องสูบฉีด (คุณใจ ชัยวานิชศิริ, 2539)

1.1.3 ช่วยลดอัตราการตาย และอัตราการไร้ความสามารถของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ฮาสเคล (Haskell, 1994) ศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยของโปรแกรมการออกกำลังกายในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระหว่างผู้ป่วยโรคหัวใจเพศชายที่เข้าร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และผู้ป่วยที่ไม่เข้าร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมีอัตราการตายลดลงประมาณ 25 เปอร์เซ็นต์

1.1.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นวิธีการที่ประหยัดค่าใช้จ่ายมากกว่า

วิธีการดูแลรักษาอื่น ๆ เลวินและคณะ (Levin et al., 1991) และ โอลดริคค์และคณะ (Oldridge et al., 1991) ได้สรุปไว้ว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหัวใจจะได้ประโยชน์จากการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในเรื่องของเศรษฐกิจมากที่สุด กล่าวคือการเข้าร่วมในโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายมากกว่าวิธีการดูแลรักษาอื่น ๆ อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็วขึ้น และสามารถกลับไปทำงานได้เร็วขึ้น ผู้ป่วยจึงมีรายได้จากการกลับเข้าไปทำงาน และผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมักมีอัตราของการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก (rehospitalization) ลดต่ำลง ดังนั้นจึงเป็นการช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายจากการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลให้กับผู้ป่วยได้อีกทางหนึ่ง

1.1.5 ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ และเพิ่มขีดความสามารถในการทำงานของร่างกายให้กับผู้ป่วย เดวิส (Davies, 1993) ให้ข้อเสนอแนะว่าตัวบ่งชี้ที่สำคัญเพื่อที่จะประเมินผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก็คือการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ และการเพิ่มขีดความสามารถในการทำงานให้กับผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับ ทอมสันและ โบว์แมน (Thompson & Bowman, 1995) ที่กล่าวว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยคือสามารถลดอาการแสดงที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น อาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยง่าย และยังช่วยเพิ่มความสามารถในการทำงานของหัวใจให้กับผู้ป่วยอีกด้วย ผู้ป่วยจึงสามารถกลับไปทำงานได้เร็วขึ้น มีรายได้จากการทำงานและช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษา

1.1.6 ช่วยเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย คินนีย์ (Kinney, 1995) ได้ทำการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในช่วงของการฟื้นตัวระยะแรกหลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ พบว่าผู้ป่วยมีระดับของคุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ซูเทอร์และคณะ (Suter et al., 1996) ที่กล่าวว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นระดับหนึ่ง กล่าวคือ ผู้ป่วยสามารถควบคุมหรือลดอาการที่เกิดจากโรคหัวใจได้ สามารถออกกำลังกายได้เอง สามารถปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษา และมีความสุขในชีวิตเพิ่มมากขึ้น

1.1.7 ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวด้านสภาวะจิตใจ และอารมณ์ได้ดีขึ้น เลวินและคณะ (Levin et al., 1992) ศึกษาประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ หลังจากได้ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจแก่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผลปรากฏว่าผู้ป่วยมีการปรับตัวด้านของสภาวะจิตใจ อารมณ์ ได้ดีขึ้น

1.2 ประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อบุคลากร การศึกษาผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ พบว่ามีประโยชน์ต่อบุคลากร ดังนี้

1.2.1 ช่วยเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย และญาติต่อการให้บริการบริการของบุคลากรและผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาเพิ่มมากขึ้น ทอดด์และคณะ (Todd et al., 1992) ศึกษาการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจแก่ผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ผู้ป่วยจะมีความพึงพอใจในการให้บริการในระดับสูง และให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากได้รับข้อมูลและการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่เป็นประโยชน์

1.2.2 ช่วยลดภาระงานของแพทย์และพยาบาลในการให้การดูแล และการรักษากับผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้เร็วขึ้นและมีระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาลสั้นลง รวมทั้งมีอัตราของการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลต่ำลง

1.2.3 ช่วยประหยัดเวลา และพลังงานที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของตนได้เร็วขึ้น แพทย์และพยาบาลสามารถประหยัดเวลา และพลังงานที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยลงได้ (Noy, 1998)

1.2.4 ช่วยส่งเสริมความเจริญก้าวหน้าของวิชาชีพ เนื่องจากผู้ที่ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถและจะต้องมีความระมัดระวังเป็นพิเศษ มีการตัดสินใจแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ เพราะผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต้องการการดูแลเป็นพิเศษต่างจากผู้ป่วยโรคอื่นๆ ดังนั้นแพทย์หรือพยาบาลจำเป็นต้องศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ จึงเป็นการช่วยส่งเสริมความเจริญก้าวหน้าของวิชาชีพเนื่องจากผู้ที่อยู่ในวิชาชีพเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและศึกษาหาความรู้อยู่เสมอ (Suter et al., 1996)

1.2.5 ช่วยส่งเสริมทักษะและความสามารถในการตัดสินใจจากการทำงานเป็นทีมร่วมกับวิชาชีพอื่น ๆ เนื่องจากการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมร่วมกันระหว่างบุคลากรหลายฝ่าย โนแลน (Nolan, 1998) กล่าวว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจช่วยส่งเสริมความสามารถในการตัดสินใจของบุคลากรแต่ละคนในการทำงานเป็นทีมร่วมกับวิชาชีพอื่น ๆ และช่วยฝึกทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เช่น ทักษะในการติดต่อประสานงาน ทักษะในการตัดสินใจ ทักษะในการจูงใจ เป็นต้น นอกจากนี้ยังช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างวิชาชีพ

1.3 ประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อหน่วยงาน การศึกษาผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ พบว่ามีประโยชน์ต่อหน่วยงาน ดังนี้

1.3.1 ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแต่ละราย เนื่องจากการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นวิธีการที่ประหยัดค่าใช้จ่าย ดังนั้นจึงช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลที่ต้องใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละรายลงได้ (Ades et al., 1992)

1.3.2 ช่วยสร้างชื่อเสียงให้กับโรงพยาบาล เนื่องจากการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ สามารถลดอัตราการตาย ลดอัตราการไร้ความสามารถ และลดอัตราการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยได้ (Conn, Taylor, Casey, 1992) จึงเท่ากับเป็นการสร้างชื่อเสียงให้กับโรงพยาบาลได้อีกทางหนึ่ง

1.3.3 ช่วยให้โรงพยาบาลได้รับการยอมรับเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากโรงพยาบาลสามารถให้บริการที่มีคุณภาพ และช่วยส่งเสริมความพึงพอใจให้กับผู้ที่มาใช้บริการของโรงพยาบาล

จากการศึกษาของกัว (Guo, 1999) ในโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งศึกษาของมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ มณฑลเหอหนาน จังหวัดเหอเทียน ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และแรงจูงใจของพยาบาลอายุรกรรมเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ พบว่าพยาบาลมีการรับรู้ประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในด้านการเพิ่มความเชื่อมั่นในการตัดสินใจมากที่สุด รองลงมาได้แก่การรับรู้ประโยชน์ในด้านการเพิ่มความก้าวหน้าในวิชาชีพ ด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และการส่งเสริมความร่วมมือกันระหว่างวิชาชีพ

2. การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ หมายถึง การรับรู้ถึงสถานการณ์ หรือสิ่งไม่เอื้ออำนวย ความยากลำบากและสิ่งขัดขวางต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และส่งผลให้บุคลากรที่มีสุขภาพไม่สามารถปฏิบัติงานเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้ หรืออาจทำได้แต่ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ การที่บุคลากรต้องประสบกับอุปสรรคดังกล่าวก็มักจะทำให้บุคลากรมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การศึกษาอุปสรรคเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ แบ่งออกได้เป็น 3 ประการดังนี้

2.1 อุปสรรคด้านบุคลากรประกอบไปด้วย

2.1.1 ทักษะที่ไม่ถูกต้องของบุคลากรเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ
 ทักษะต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมีผลต่อการเกี่ยวข้องหรือมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เนื่องจากทักษะคือ ความรู้สึก ความคิดเห็น ทักษะ หรือความสนใจต่อสิ่งนั้น ซึ่งบุคคลมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งนั้นไปในทางที่ชอบหรือไม่ชอบ (กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ, 2528) ถ้าบุคคลมีทักษะที่ดีต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ก็จะทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกที่ดีต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจด้วย บุคคลที่มีทักษะดีทางบวกต่อสิ่งใดจะทำให้บุคคลอยากเข้าไปใกล้สิ่งนั้น ไม่ถอยหนีและรู้สึกอยากเข้าไปเกี่ยวข้องกับสิ่งนั้น ตรงกันข้ามหากบุคคลมีทักษะที่ไม่ดีต่อสิ่งใด ก็จะยิ่งไม่อยากเข้าไปใกล้สิ่งนั้น และพยายามถอยห่างจากสิ่งนั้น ดังนั้นหากบุคลากรที่มีสุขภาพมีทักษะดีส่วนบุคคลที่ไม่ดีต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย บุคลากรก็จะไม่พยายามเข้าไปเกี่ยวข้องกับกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

ทักษะที่ไม่ถูกต้อง เช่น บุคลากรบางรายอาจคิดว่ากระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นงานที่สำคัญน้อยกว่ากิจกรรมอื่น หรือไม่มีความจำเป็นต่อผู้ป่วยเนื่องจากการรักษาด้วยยา หรือการผ่าตัดน่าจะได้ผลดีกว่า บางรายอาจคิดว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เป็นงานที่นำเมื่อเนื่องจากต้องใช้เวลาในการติดตามผลของการปฏิบัติ สิ้นเปลืองเวลา และค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็นทำให้บุคลากรขาดการตระหนักถึงความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย บุคลากรบางรายอาจคิดว่าตนเองได้ประโยชน์เพียงเล็กน้อยจากการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เนื่องจากเป็นงานที่มองไม่เห็นผลเด่นชัดตามที่ได้ตั้งใจทำลงไป จึงทำให้เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย และหมดกำลังใจ บางรายมีทัศนคติต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจว่าเป็นเรื่องที่ยู่ยากยาก เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการติดต่อประสานงานระหว่างบุคลากรหลายฝ่าย จึงทำให้ไม่อยากจะเข้าไปเกี่ยวข้องกับกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและไม่เต็มใจที่จะปฏิบัติภารกิจใดๆ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้กับผู้ป่วย (นิษฐา สว่างเนตร, 2527)

2.1.2 การขาดความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ
 การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เป็นงานที่ต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจเป็นพิเศษ เนื่องจากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต้องการการดูแลเป็นพิเศษต่างจากผู้ป่วยโรคอื่น ๆ และมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายได้ง่ายจากอาการเฉียบพลันหรือจากภาวะแทรกซ้อน ทำให้บุคลากรเกิดความไม่มั่นใจที่จะให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้กับผู้ป่วย และอีกประการหนึ่งคือไม่เข้าใจว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างไรบ้าง อาจเนื่องมาจากไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจกับผู้ป่วย ไม่เคยได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

หัวใจมาก่อน หรือ ไม่มีผู้เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่คอยให้คำปรึกษาและคำแนะนำ จึงทำให้บุคลากรขาดความมั่นใจที่จะให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจกับผู้ป่วย เช่นเดียวกับที่ เฮอร์สัน และคณะ (Herson, et al., 1999) กล่าวว่า การขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ จะส่งผลให้บุคลากรไม่กล้าให้ความรู้หรือคำแนะนำต่าง ๆ กับผู้ป่วย เนื่องจากเกรงว่าตนเอง อาจให้ข้อมูลที่ผิดหรือผิดกับผู้ป่วยได้

2.1.3 การขาดทักษะที่จำเป็นในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทักษะที่จำเป็นในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่น ทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ไม่ว่าจะจะเป็นระหว่างบุคลากรผู้ร่วมทีมสุขภาพด้วยกันเองหรือระหว่างบุคลากรกับผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอาศัยการทำงานเป็นทีมและใช้ระยะเวลาในการดำเนินงานเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้กับผู้ป่วยอย่างน้อยเป็นเวลาถึง 6 สัปดาห์ (AHA, 1999) ดังนั้นทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลจึงมีความจำเป็นต่อการดำเนินงานให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ได้วางไว้ รวมไปถึงทักษะในการติดต่อสื่อสารและทักษะในการแก้ไขปัญหา ดังนั้นหากบุคลากรขาดทักษะที่จำเป็นต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ก็จะมีทัศนคติต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจว่าเป็นสิ่งที่ยาก และจัดเป็นอุปสรรคหนึ่งในการดำเนินงานเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

2.1.4 ภาระงานและหน้าที่รับผิดชอบมีมาก ทำให้ไม่มีเวลาในการดำเนินการเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การเกิดความเหนื่อยล้าจากการทำงานหลายอย่าง อาจทำให้บุคลากรไม่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่ เกิดความเหนื่อยล้าจากภาระงานที่มีมาก ส่งผลให้ประสิทธิภาพของงานลดลงได้ ความเหน็ดเหนื่อยจากงานประจำที่ปฏิบัติอยู่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าหรืออาจเพราะจำนวนของบุคลากรมีน้อย แต่จำนวนผู้ป่วยมีมากและมีอาการหนักทำให้ บุคลากรต้องเหน็ดเหนื่อยและเครียดมากเกินไป เช่นเดียวกับการศึกษาของ ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และ ชื่นชม เจริญยุทธ (2531) ซึ่งเป็นกรณีศึกษาในแผนกการพยาบาลอายุรศาสตร์ และจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช พบว่าปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านบุคลากร คือ จำนวนเจ้าหน้าที่พยาบาลมีน้อยแต่ผู้ป่วยมีจำนวนมากและมีอาการหนัก ทำให้เจ้าหน้าที่พยาบาลต้องเหน็ดเหนื่อยและเครียดมากเกินไป จึงไม่สามารถตอบสนองความต้องการการบริการของผู้ป่วย ได้สัมฤทธิ์ผล

2.2 อุปสรรคด้านนโยบาย

การที่จะทำให้นุเคราะห์ทุกประเภทและทุกคนปฏิบัติตามหลักการการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้อย่างถูกต้อง จำเป็นต้องมีการกำหนดนโยบายการปฏิบัติที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย อุปสรรคด้านนโยบาย เช่น การไม่มีการกำหนดนโยบายในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยตรง การไม่มีนโยบายในการจัดตั้งหน่วยงานที่รองรับงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยเฉพาะทำให้ขาดสถานที่ในการปฏิบัติงาน และสภาพแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน ขาดความเป็นส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน (Funk et al., 1991 a,b) อุปสรรคด้านนโยบายเป็นอุปสรรคที่สำคัญที่ผู้บริหารจำเป็นต้องตระหนักถึงมากที่สุด

2.3 อุปสรรคด้านการสนับสนุนอื่น ๆ มีดังนี้

2.3.1 การขาดการสนับสนุนจากผู้บริหาร สำหรับผู้บริหารองค์กรจะต้องตระหนักถึงความจำเป็นของการพัฒนาระบบบริการ และแสวงหาวิถีทางที่จะพัฒนาคนให้บริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงเพื่อให้ทันกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างดีที่สุด (เกษม ชาญ, 2541) ดังนั้นผู้บริหารจึงมีส่วนรับผิดชอบในการจัดทำนโยบายและสร้างสรรค์บรรยากาศทั้งด้านบริการและวิชาการ เพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาและกระตุ้นให้มีการนำเอาระบบบริการใหม่ ๆ มาใช้กับผู้ป่วย รวมทั้งผู้บริหารเป็นผู้นำที่มีบทบาทสำคัญในการริเริ่มให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในองค์กร (Funk, 1995) นอกจากนี้ผู้บริหารอาจช่วยสนับสนุนให้เกิดการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจด้วยการจัดให้มีสิ่งสนับสนุนต่าง ๆ เช่น จัดให้มีสถานที่สำหรับหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยตรง ห้องทำงาน อุปกรณ์สำนักงาน คอมพิวเตอร์ ตลอดจนเครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ ที่จำเป็นต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่น เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG monitor) จักรยาน (ergometers) สายพานเลื่อนสำหรับออกกำลังกาย (treadmills) เป็นต้น สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การสนับสนุนจากผู้บริหารในด้านของความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ด้วยการส่งบุคลากรไปศึกษาดูงาน หรือจัดการอบรมระยะสั้นเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Hagebak & Hagebak, 1980 cited in Melnyk, 1988) ดังนั้นการขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารจึงเปรียบได้กับอุปสรรคที่สำคัญอย่างหนึ่งต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

2.3.2 การขาดงบประมาณสนับสนุนในการเพิ่มพูนความรู้ และพัฒนาทักษะของบุคลากรและการขาดงบประมาณสนับสนุนเรื่องวัสดุอุปกรณ์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การขาดงบประมาณในการดำเนินการ ทำให้ขาดความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน โครงการหรือ แผนงานบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจไม่สามารถดำเนินการได้ (Funk et al., 1991 a,b)

2.3.3 การขาดการสนับสนุนเรื่องวัสดุอุปกรณ์ การที่บุคลากรจะสามารถปฏิบัติตามหลักการให้มีประสิทธิภาพ ความสำคัญ และความจำเป็นนอกจากจะขึ้นอยู่กับความพร้อมทางด้านบุคคลแล้ว จะต้องมีความพร้อมด้านสิ่งของ เครื่องใช้ วัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นอย่างเพียงพอและเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก ต่าง ๆ เช่น เครื่องตรวจวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จักรยาน สายพานเดินสำหรับการออกกำลังกาย อุปกรณ์สำนักงานต่าง ๆ รวมทั้งเครื่องคอมพิวเตอร์ และแหล่งตำรา ข้อมูล เอกสารต่าง ๆ เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Melnyk, 1988)

2.3.4 การขาดความร่วมมือและการประสานงานระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นการปฏิบัติซึ่งต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมและมีความเกี่ยวข้องกันระหว่างหลายสาขาวิชาชีพ และยังคงต้องเป็นการทำงานที่มีความต่อเนื่องและใช้ระยะเวลานาน ซึ่งหากขาดความร่วมมือและการประสานงานระหว่างบุคลากรในแต่ละวิชาชีพแล้วการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก็ไม่สามารถจะดำเนินการให้บรรลุวัตถุประสงค์ได้ อุปสรรคในข้อนี้มักเกิดจากความคิดว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจไม่ใช่งานที่อยู่ในหน้าที่รับผิดชอบของตน (Funk et al., 1991 a, b)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาถึงระดับการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้บริหาร แพทย์ และพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ และเพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ระหว่างผู้บริหาร แพทย์ และพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ โดยผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอธิบายถึงการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ร่วมกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ดังนี้ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกรู้สึกดี และความเข้าใจ ของผู้บริหาร แพทย์ และพยาบาลที่มีต่อประโยชน์ และอุปสรรคของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ จากการศึกษาสามารถแบ่งการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจออกเป็น ประโยชน์ต่อผู้ป่วย ประโยชน์ต่อบุคลากร และประโยชน์ต่อหน่วยงาน ส่วนการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ แบ่งออกเป็น อุปสรรคด้านบุคลากร อุปสรรคด้านนโยบาย และอุปสรรคด้านการสนับสนุนอื่น ๆ ซึ่งการรับรู้ของบุคคลจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ดังนี้ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การฝึกอบรมหรือการเรียนรู้ ประสบการณ์เดิม และบทบาทหน้าที่ของบุคคลนั้น